

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1895, à 1 heure

PAR

J. DURAND

Né à Autheuil (Orne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYRÔIDECTOMIE

PARTIELLE

DANS LE

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : { M. GUYON, professeur.
 { MM. SCHWARTZ et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

Année 1895

THÈSE

N°

274

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 9 Mai 1895, à 1 heure

PAR

J. DURAND

Né à Authueil (Orne).

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THYROÏDECTOMIE

PARTIELLE

DANS LE

GOITRE EXOPHTALMIQUE

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges : { M. GUYON, professeur.
MM. SCHWARTZ et CHARRIN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
Clinique chirurgicale.....	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISAUD.	JALAGUIER.	RETERER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. CHUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE — DE MA MÈRE — DE MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE

DE MES TANTES JULIE ET EULALIE DURAND

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MON PREMIER MAITRE

Monsieur le Docteur CHARLES LEROUX

Chirurgien honoraire de l'Hôpital

civil de Versailles,

Président de l'Association des Médecins

de Seine-et-Oise.

HOMMAGE DE PROFONDE ET RESPECTUEUSE AFFECTION.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur DEBOVE

HOMMAGE RESPECTUEUX
DE MA PROFONDE RECONNAISSANCE.

A Monsieur le Docteur THÉOPHILE AUGER

Chirurgien de Beaujon,

et

A Monsieur le Docteur TUFFIER

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
de Paris,

Chirurgien de la Maison municipale
de Santé,

Recevez, je vous prie, ce faible témoignage de reconnaissance pour l'extrême bienveillance dont vous m'avez honoré.

A Monsieur le Docteur LEJARS

Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
de Paris.

Souvenir de la Clinique chirurgicale de la Pitié
en 1894.

A Monsieur le Docteur PIERRE MARIE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
de Paris.

Souvenir de la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu
en 1895.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
de la
THYROÏDECTOMIE PARTIELLE
DANS LE
GOITRE EXOPHTALMIQUE

Introduction

Pendant les nombreuses visites que je faisais aux diverses cliniques des hôpitaux de Paris, en vue des examens de Doctorat que je me préparais à subir, j'eus l'occasion d'observer bien des cas intéressants et parfois bien extraordinaires, tels que des sutures osseuses ingénieusement appliquées à des fractures irréductibles, une résection du poumon pratiquée avec succès et suivie d'une guérison durable, dans une tuberculose du sommet, etc. L'ablation partielle du corps thyroïde, dans un goitre exophtalmique, faite sur une jeune fille, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Théophile Anger, par M. le Professeur agrégé Tuffier, avec l'habileté qui caractérise ce brillant opérateur, fixa mon attention au point de me

décider à relever l'observation de cette opérée, et à en faire le sujet de ma thèse inaugurale.

MM. Anger et Tuffier voulurent bien m'autoriser à puiser ainsi dans leur service, en accompagnant leur autorisation de conseils bienveillants et éclairés. Je les en remercie cordialement.

En présentant ce travail modeste, je désire simplement apporter une pierre de plus à un édifice, la thyroïdectomie, dont la structure a déjà soulevé bien des controverses, mais dont l'utilité, et je puis dire avec M. le professeur Pierre Marie, la nécessité, sont actuellement incontestables.

Et, si à un moment donné, M. le professeur Richelot lui-même a pu dire, en envisageant les suites funestes de la thyroïdectomie, qu'il n'y avait plus qu'à rengainer le bistouri, je sais qu'à l'heure actuelle il est prêt, le cas échéant, à reprendre l'arme opératoire.

Que M. le professeur Marie qui, avec une bonne grâce dont j'ai été touché, m'a confié des documents précieux pour me faciliter ma tâche, veuille bien me permettre de lui en témoigner ici toute ma gratitude.

Je tiens également à adresser tous mes remerciements à M. Lévi, interne de M. Théophile Anger, qui a bien voulu mettre à ma disposition son savoir et son expérience, et ainsi qu'à M. le Professeur Poncet, de Lyon, qui nous a procuré des documents importants.

J'ai l'honneur, enfin, de prier mon illustre et vénéré maître, M. le professeur Debove, qui a eu la bonté d'accepter la présidence de ma thèse, d'agréer l'expression respectueuse de ma vive et profonde reconnaissance.

Ces devoirs du cœur accomplis, j'entre en matière.

Nous diviserons ce travail en sept parties dans lesquelles nous traiterons rapidement les questions suivantes :

- I. — Historique.
- II. — Physiologie du corps thyroïde.
- III. — Physiologie pathologique du goitre exophtalmique.
- V. — Traitement comprenant :
 - 1° la Thyroïdectomie totale ;
 - 2° l'Exothyropéxie ;
 - 3° la Thyroïdectomie partielle.
- VI. — Conclusions.
- VII. — Bibliographie.





I. — Historique

Le traitement de la maladie de Basedow, après avoir été au début, purement médical, tend de plus en plus à entrer dans le domaine de la chirurgie.

Après avoir expérimenté souvent sans succès, quelquefois même au prix d'aggravation du mal, de nombreux médicaments, dont nous ne retiendrons que les meilleurs, la digitale, la belladone, le bromure de potassium, le sulfate de quinine, le fer, on en vint à préconiser l'hydrothérapie et l'électricité, qui sont certainement des moyens utiles, au moins palliatifs des symptômes nerveux, mais rarement curatifs.

Le rapprochement des lésions thyroïdiennes dans le goître exophtalmique et dans le goître simple, avait éveillé l'idée d'essayer dans celui-là, des traitements analogues aux moyens chirurgicaux qui réussissaient dans le second. De là l'idée de tenter les injections iodées, préconisées d'abord par Luton, employées ensuite par Duguet, Verneuil, Lefort et d'autres. Mais on a observé quelquefois des accidents rapidement mortels, peut-être dus à des embolies par pénétration de l'injection dans les vaisseaux. C'est donc une méthode qui est loin d'être exempte de danger, et qui a l'inconvénient d'être aveugle. Aussi

certain chirurgiens, Dubreuilh de Montpellier, entre autres, n'ont-ils pas hésité à la condamner. On a donc été amené à faire dans le goître exophtalmique la thyroïdectomie.

Depuis que cette opération est pratiquée dans le goître, il se peut qu'elle l'ait été à l'insu du chirurgien, dans des cas de goître exophtalmique à formes plus ou moins frustes. On sait, en effet, que cette affection est mieux connue depuis ces dernières années, et que partant l'attention du clinicien y est plus souvent éveillée.

Quoiqu'il en soit, il semble que le premier qui ait pratiqué la thyroïdectomie dans ces cas soit Hiron Watson. (Edimb. méd. Journ. 1873, septembre, page 252).

Sur quatre thyroïdectomies suivies de succès, dans trois cas, il y avait anémie et exophtalmie. Dans l'un, la guérison fut complète en trois semaines.

En 1874, Marc Naughton (Brit. méd. Journ., 19 décembre 1874) fit une cautérisation du corps thyroïde, en passant un séton au travers du goître et en introduisant dans le trajet des flèches de chlorure de zinc.

En 1877, M. Ollier (de Lyon) eut ainsi de bons résultats par des cautérisations.

Mais il faut arriver en 1880, où M. professeur Tillaux fit vraiment entrer le traitement du goître exophtalmique dans une voie nouvelle.

Dans un premier cas, chez une femme de 27 ans, qui avait un goître volumineux, descendant derrière la fourchette sternale, et qui se plaignait de dyspnée, de palpitations, avec tachycardie, M. Tillaux fit la thyroïdectomie totale. La malade guérit, et deux ans après, la guérison s'était maintenue.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un homme, qui présenta des signes de maladie de Basedow. Quelque temps après la thyroïdectomie, la tumeur récidiva. Le malade mourut, et on reconnut qu'on avait affaire à un sarcôme.

Dans un troisième cas, l'ablation d'un kyste thyroïdien entraîna une grande diminution du goître exophtalmique.

M. Tillaux, dans son traité de chirurgie clinique (Tome I, page 455) établit l'existence de deux variétés de goître exophtalmique. L'une, médicale, serait liée à une altération primitive du système nerveux ; le goître serait dans celle-ci non la cause, mais l'effet de la maladie comme les palpitations et l'exophtalmie. Dans ce cas le corps thyroïde ne renfermerait pas de tumeur proprement dite ; c'est la glande elle-même qui serait hypertrophiée.

« Elle est souvent molle, dépressible, et peut
« osciller dans son volume. Quelque fois même elle a
« conservé son aspect normal, et en tout cas, les
« troubles nerveux ont précédé l'apparition du goître.

« Les doigts étendus paraissent éprouver un tremblement spécial. »

A côté de ce goître médical, il y aurait un goître chirurgical, où la cause serait la tumeur thyroïdienne. Ici, il y a une vraie tumeur, et non une simple hypertrophie en masse de la glande. C'est par là qu'aurait débuté la maladie. Les troubles cardiaques et oculaires ne seraient que secondaires. Ces deux variétés de goître seraient très importantes à distinguer au point de vue thérapeutique.

Tandis que dans la variété médicale l'opération doit être repoussée, elle serait au contraire indiquée dans le cas de variété chirurgicale.

Voilà donc nettement établie l'utilité au moins dans certaines conditions, de l'intervention chirurgicale dans le goître exophtalmique.

Depuis, la question a fait des progrès, et les heureux résultats obtenus par A. et J. Reverdin, Socin, Kocher, Rose, Novaro, Rosander, sur des goîtres simples, traités par la thyroïdectomie, ont rendu plus hardis pour l'affection dont nous nous occupons. Rehen a traité par l'extirpation des goîtres parenchymateux avec symptômes de Basedow.

Dubreuilh (de Montpellier) a obtenu sa guérison par l'énucléation d'un kyste.

Lembke (*Deutsche méd. Woch.*, 1891, page 47) ajoutant à ces succès deux faits personnels, a été amené à dire que les malades atteints de maladie de

Basedow relevaient non de la médecine, mais de la chirurgie.

En 1893 (*Lyon méd.*, mars 1893, *Bullet. méd.*, mars 1893 ; Acad. de médecine, fév. 1894), MM. Poncet et Jaboulay, de Lyon, ont rapporté seize cas de goîtres de diverse nature, traités par l'exothyropéxie, opération qui consiste dans l'exposition à l'extérieur d'une partie ou de la totalité du goitre.

Sur ces seize cas, il y a eu quinze guérisons.

L'opération, comme nous le verrons plus loin, est d'une pratique assez simple et peut être appelée à rendre service dans certains cas, mais elle n'a pas encore fait suffisamment ses preuves pour pouvoir être jugée définitivement.

Il n'en est pas de même de la thyroïdectomie partielle, opération bien moins grave que la thyroïdectomie totale, que pratiquait M. Tillaux, et où les dangers du myxœdème prostopératoire sont à redouter, alors même qu'on laisse des parcelles de corps thyroïde.

La thyroïdectomie partielle, pratiquée à l'étranger, par Rehen, Rupprecht, Lembke, Wette, Stierling, Neumann, Letermeyer, l'a été encore très peu en France.

Récemment, M. le professeur agrégé Tuffier en a fait une avec succès, et c'est l'observation de cette malade qui a servi de point de départ à ce travail.

La thyroïdectomie partielle met presque certai-

nement à l'abri de la cachexie strumiprive, et a l'avantage de concorder, comme nous allons le voir, avec les théories physiologiques les plus en faveur sur le rôle du corps thyroïde.



II. — Aperçu de la physiologie du corps thyroïde

Après avoir été longtemps couverte de mystère, la physiologie du corps thyroïde s'est éclaircie par les expériences et les opérations pratiquées, sur lui, depuis un certain nombre d'années. Nous n'insisterons pas sur son rôle de régularisateur de la circulation, qui n'est que secondaire, ni sur ses fonctions hématopoïétiques, très discutées. Ce qui nous intéresse, c'est le rôle chimique du corps thyroïde déjà entrevu, il y a trente ans, par Schiff. L'illustre physiologiste disait que le corps thyroïde devait détruire des substances toxiques, qui, après la thyroïdectomie, s'accumulent dans l'organisme, et exercent une action nocive sur les centres nerveux, ou bien qu'il devait élaborer dans le sang qui le traverse une substance utile au fonctionnement normal du système nerveux.

De nombreuses expériences peuvent être invoquées en faveur de cette théorie. Les implantations de fragments de corps thyroïde dans le péritoine, qui ont évité, dans les expériences de Schiff, les accidents consécutifs à la thyroïdectomie totale, les greffes thyroïdiennes sous-cutanées, qui ont abouti aux mêmes résultats, les injections du suc thyroïdien,

qui ont retardé et diminué les accidents du myxœdème dans les expériences, et en clinique, sont des faits de la plus haute valeur.

D'autres expériences (Rogowitsch, en 1886, Fano et Zande en 1889, Gley en 1891), ont montré que le sérum des animaux thyroïdectomisés est toxique, et provoque des accidents convulsifs, surtout si on thyroïdectomise l'animal auquel on l'injecte.

L'injection d'extrait musculaire d'animal thyroïdectomisé a donné dans les expériences de Rossi et Vasale, des accidents toxiques. Enfin la toxicité urinaire est augmentée dans ces conditions (Laubanié et Gley).

Par ces expériences il semble donc bien démontré que le corps thyroïde est une glande à sécrétion interne, qui a pour fonction de détruire les toxines convulsivantes produites par l'organisme.

De là les accidents de cachexie strumiprive, de myxœdème, quand le corps thyroïde est supprimé du fait de l'opération (thyroïdectomie totale), ou du fait de l'évolution morbide, (cachexie exophtalmique due à la sclérose dans la maladie de Basedow).

Tout récemment Horsley (*Brit. méd.*, juin 1892) a montré que les signes du goitre exophtalmique se produisent quand survient une insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde. Or, cette insuffisance fonctionnelle peut s'accompagner d'hypertrophie de l'organe, le volume de la glande étant dû surtout à

la prolifération conjonctive qui étouffe les éléments actifs, la partie noble de l'organe ; elle peut exister alors que la glande paraît normale, et ne se révéler que par des lésions histo-chimiques.

Enfin, il se pourrait que le corps thyroïde altéré changeât son rôle antitoxique, en un rôle toxique, et qu'il déversât dans la circulation des principes nocifs, au lieu d'en détruire. Les faits d'amélioration par l'exothyropéxie, qui amène l'excrétion au dehors du liquide thyroïdien, paraissent en faveur de cette théorie.





III. — Physiologie pathologique du goître exophtalmique

Nous venons de voir les récentes conquêtes de la science dans le domaine de la physiologie du corps thyroïde.

Voyons maintenant les applications qu'on en peut tirer pour la pathogénie du goître exophtalmique.

Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, il est de la plus haute importance de connaître la nature de la maladie de Basedow.

Si, en effet, c'est une affection d'origine nerveuse centrale où la lésion thyroïdienne n'a aucune valeur pathogénique, le traitement devra être purement médical.

Si, au contraire, la tumeur thyroïdienne a une importance sur la production des troubles nerveux, l'intervention chirurgicale trouvera sa raison d'être.

On sait que de nombreuses théories ont été faites pour expliquer la pathogénie du goître exophtalmique.

La théorie cardiaque de Stokes et Graves, l'opinion de Marshall, Taylor et Piorry, qui attribuaient les symptômes à la compression des vaisseaux et nerfs du cou, sont aujourd'hui abandonnées. Les

théories sympathiques ont perdu aussi leur vogue.

Plus importantes sont les théories de la névrose (Charcot, Rendu), et des lésions bulbaires.

Mais dans ces dernières années, par les travaux de MM. Renaut de Lyon, Mæbius, Wette, Muller, Joffroy, s'est développée la théorie thyroïdienne.

Le corps thyroïde altéré produirait un empoisonnement, comme l'urémie consécutive aux lésions rénales. Aussi, M. Joffroy a-t-il pu dire : « La maladie de Basedow est au corps thyroïde ce que l'albuminurie est au rein ». De nombreux faits plaident en faveur de cette théorie. Ce sont les altérations thyroïdiennes à peu près constantes, les faits où un goitre simple s'est transformé en goitre exophtalmique (goitre chirurgical, faux goitre), la fréquence dans les antécédents de maladies aiguës ayant pu provoquer une thyroïdite, les succès dus à la thyroïdectomie, l'aggravation causée par la grossesse dans le goitre exophtalmique, comme dans le goitre simple. Enfin le traitement thyroïdien produit des phénomènes analogues à ceux du goitre exophtalmique, (tachycardie, élévation thermique, insomnie et agitation, polyurie, albuminurie, paraplégie incomplète, sensation de chaleur, sueurs, diarrhée). — Il y aurait donc d'après cela une hyperthyroïdation, soit primitive, soit secondaire aux lésions nerveuses. (Marie).

Peu nous importe à notre point de vue, puisque quoi qu'il en soit, les troubles seraient dus à cette

hypertyroïdation. C'est, comme dit M. Marie, ce qu'on doit retenir au point de vue pratique. Mais si l'activité exagérée de la glande thyroïde déverse dans l'organisme des substances toxiques, son fonctionnement insuffisant, amène aussi des accidents qui répondent au myxœdème.

C'est là l'hypothyroïdisation, qui peut survenir à une période avancée, quand le goitre est devenu entièrement scléreux.

C'est ce qui nous explique les dangers des injections iodées, qui peuvent conduire à ce résultat. C'est à l'hypothyroïdisation consécutive à une suractivité glandulaire qu'était dû le myxœdème dans le cas de Canter, (*Ann. Soc. Med. chir. de Liège*, Janvier 1894), où le traitement thyroïdien donna de bons effets, tandis que donné à la phase d'hyperthyroïdation, il n'eut fait qu'aggraver les symptômes.

Il y a donc des troubles dus à cette hypothyroïdation, soit que les produits de sécrétion interne de la glande ne soient plus déversés dans l'économie en quantité et qualité suffisantes, pour assurer le développement de l'organisme où le maintien de l'état normal, soit que la glande ne remplisse plus son rôle modificateur des humeurs, et que ses lésions permettent la présence dans le torrent circulatoire de de principes destinés à être modifiés, et restant, par suite du défaut de la glande, à l'état toxique.

D'après les recherches de Dourdoufi, le corps

thyroïde élaborerait normalement une substance chimique ressemblant à la cocaïne, dont l'excès donnerait lieu à des phénomènes assez analogues à ceux de l'intoxication cocaïnique (tachycardie, exophtalmie, tremblement), dont le défaut entraînerait des troubles inverses (myxœdème).

Les recherches de MM. Joffroy et Achard ont démontré l'existence de lésions histologiques diverses, mais ayant toutes un point commun : l'insuffisance de la circulation lymphatique.

C'est aussi par la sclérose thyroïdienne, par l'atrophie fonctionnelle malgré l'hypertrophie organique, que Gauthier (de Charolles) (Lyon méd. 1888. — Lyon. méd. 1893), explique la cachexie thyroïdienne. Cet auteur rapporte une observation de Teissier (de Lyon), où à la suite d'une ponction d'un kyste thyroïdien et injection iodée, il y eut récurrence et apparition de signes Basedowiens, à laquelle la malade succomba.

Les phénomènes du goître exophtalmique paraissent donc bien dus à l'hyperthyroïdisation pour ce qui est des troubles Basedowiens (tachycardie, tremblement, exophtalmie), à l'hypothyroïdisation pour ce qui est de la cachexie thyroïdienne.

Il faudra donc opérer, et ne pas attendre la phase d'hypothyroïdisation, où l'on a affaire à des lésions de cirrhose totale de la glande, qui équivalent comme gravité à une thyroïdectomie totale.

Il ne faudra donc pas s'attarder trop avec les injections iodées qui finiraient par amener cette sclérose totale, et recourir de bonne heure à la thyroïdectomie partielle.





IV. — Diagnostic pathogénique

Est-ce à dire cependant qu'il faille opérer tous les goîtres exophtalmiques ?

Est-ce à dire, en un mot, que le syndrome Basedowien soit toujours lié à une lésion de suractivité glandulaire aboutissant plus tard à la suppression fonctionnelle, c'est-à-dire à la cachexie ?

Nous ne le croyons pas, et la distinction de goître médical et de goître chirurgical, doit, selon nous, être maintenue au moins en pratique.

Il peut y avoir chez des neurasthéniques, chez des hystériques, des symptômes qui simulent absolument le goître exophtalmique, mais qui, à vrai dire, n'en sont pas. Dans les deux cas, on peut observer la tachycardie, l'existence de souffles cardiaques et vasculaires, l'affaiblissement des forces, les troubles dyspeptiques et menstruels, la pâleur du visage et la mobilité des fluxions articulaires.

On a donné comme signes différentiels du goître exophtalmique la continuité des troubles cardio-vasculaires, les battements expansifs des artères, et surtout l'inégalité des impulsions carotidienne et radiale, l'aspect brillant, un peu étrange, du regard, même sans exophtalmie, la sensation de chaleur insolite et le besoin d'air. Les vertiges, les étourdissements, si-

gnes d'anémie cérébrale, sont plus rares. Enfin, signe important, l'amaigrissement se prononce vite dans la maladie de Graves ; le malade arrive plus ou moins vite à la cachexie. C'est donc là le grand caractère du vrai goître exophtalmique, de celui qui est justiciable d'une opération, tandis que la neurasthénie ou ou l'hystérie revêtant le masque de la maladie de Basedow ne nécessite pas une intervention chirurgicale. C'est surtout dans l'examen soigné du mode de début, dans l'existence des antécédents soit héréditaires (hérédité nerveuse d'une part, goîtreuse de l'autre), soit personnels, que l'on devra rechercher les renseignements les plus solides. Enfin, dans le cas de goître médical, la tumeur serait molle, fuirait sous le doigt, donnerait une sensation d'édredon (Le Dentu).

D'ailleurs, on peut dire que toutes les fois que le corps thyroïde sera tuméfié notablement et d'une manière durable, il sera lésé, et passible d'une thyroïdectomie, qui pourra avoir une action utile sur les phénomènes nerveux souvent secondaires.



V. — Traitement

1° TYROÏDECTOMIE TOTALE.

Comme nous l'avons dit, M. le professeur Tillaux est le premier qui ait fait en France une thyroïdectomie totale pour goître exophtalmique.

En 1880 (*Bull. Acad. Méd.* 2^e série, t. IX, page 401), M. Tillaux opéra une femme de 27 ans, qui avait un goître volumineux, solide, descendant un peu derrière la fourchette sternale ; la tumeur avait le volume d'un gros citron. La malade éprouvait de violentes palpitations, de la dyspnée, et ne voyait plus assez clair pour travailler à l'aiguille. Sa mère avait eu, dès son enfance, un goître volumineux, n'ayant jamais occasionné de malaises sérieux.

La malade avait eu sept enfants de 19 à 28 ans.

Son goître avait débuté quatre ans auparavant ; il avait augmenté par poussées successives, surtout après ses trois derniers accouchements. Dans les derniers temps, il était survenu une dyspnée surtout dans la position horizontale, avec des crises qui forçaient la malade à s'asseoir deux ou trois fois la nuit, de la gêne de la déglutition, des palpitations, de l'hypertrophie cardiaque avec tachycardie prononcée ; le caractère était devenu subitement irritable.

La malade fut opérée à l'hôpital Beaujon, le 28 janvier 1880. M. Tillaux avoue qu'il ne s'y décida qu'après de grandes hésitations, car, dit-il, cette opération n'était pas acceptée en France, et aucun chirurgien de notre temps ne l'avait pratiquée.

L'opération fut difficile, et il fallut placer de nombreuses ligatures. Malgré ces précautions, une hémorrhagie secondaire survint le sixième jour. Le 27 mars, la malade sortit guérie, n'ayant plus que 20 à 28 pulsations. Quelques semaines plus tard, M. Tillaux la présenta à l'Académie, débarrassée de tous ses accidents.

En 1882, la guérison se maintenait, et elle s'est maintenue depuis, (Fr. chir. clin., 1887).

Le lecteur me saura gré, j'en suis sûr, de reproduire *in-extenso*, d'après la communication faite par M. Tillaux, lui-même, à l'Académie de médecine, la partie opératoire de cette observation intéressante, non-seulement parce que c'est la première thyroïdectomie pratiquée en France, par un chirurgien Français, dans le goître exophtalmique, mais surtout à cause des péripéties émouvantes qui ont accompagné cette opération.

Je laisse la parole à M. le professeur Tillaux :

« Le corps thyroïde est enveloppé de toutes parts, excepté dans un point où il adhère solidement à la trachée, par une capsule celluleuse assez résistante. Les quatre troncs artériels, ainsi que

« les veines thyroïdiennes, traversent cette capsule
« et constituent, en quelque sorte, quatre pédicules
« vasculaires. Normalement, grâce à l'existence de
« cette capsule, le corps thyroïde est assez facile-
« ment isolable sans lésions des gros troncs vas-
« culo-nerveux du cou.

« Je me proposais donc de pénétrer lentement
« dans cette capsule avec le bistouri, en prenant
« bien garde d'intéresser le corps thyroïde lui-même
« qui aurait versé beaucoup de sang, puis d'énu-
« cléer l'organe avec une pince et une sonde canne-
« lée, en coupant, au fur et à mesure, les vaisseaux
« entre deux ligatures.

« Je fis d'abord, sur le côté droit du cou, une
« incision en L, le jambage vertical étant parallèle
« au bord antérieur du sterno-mastoïdien, et le
« jambage horizontal passant un peu au-dessus de
« la fourchette du sternum et allant rejoindre le
« sterno-mastoïdien gauche.

« Je parvins aisément sur le corps thyroïde, à
« travers les muscles sous-hyoïdiens amincis et éta-
« lés à sa surface ; puis commença l'œuvre d'énu-
« cléation. Je m'étais proposé d'énucléer d'abord le
« lobe droit, de dégager ensuite la tumeur derrière
« la fourchette du sternum, de passer à l'énucléa-
« tion du lobe gauche qui touchait le trapèze, et,
« dans un dernier temps, de diviser les adhérences
« de la trachée. Je ne tardai pas à me trouver en

« présence de difficultés considérables. Chaque dé-
« gagement, que j'opérais avec la sonde cannelée,
« amenait du sang en abondance ; je liais, je met-
« tais des pinces hémostatiques, mais je n'avais
« pas. J'en étais même à me demander si je par-
« viendrais au bout de mon entreprise, et, malgré
« moi, mon esprit était hanté par le souvenir d'un
« fait, que m'avait raconté Nélaton : une malade,
« qu'il opérait avec Denonvilliers et Demarquay,
« était morte d'hémorrhagie avant que l'opération
« put être achevée.

« Pourquoi ne pouvais-je énucléer la tumeur ?

« Au niveau du lobe droit, la capsule d'enve-
« loppe était intimement adhérente au corps thy-
« roïde, de telle sorte que, si je me rapprochais de
« la tumeur, j'entamais la glande, et si je m'en éloi-
« gnais, j'étais dans les muscles.

« Ennuyé de piétiner sur place, je pris heureu-
« sement le parti d'abandonner le lobe droit, et d'at-
« taquer le gauche, en pratiquant de ce côté une
« incision verticale parallèle à celle de droite, de
« façon à obtenir un lambeau que je pus relever de
« bas en haut.

« A partir de ce moment, l'opération marche
« vite et régulièrement, la tumeur étant complète-
« ment libre d'adhérences en bas derrière le ster-
« num et à gauche.

« Bientôt, la tumeur ne tint plus au cou que

« par son bord supérieur, en arrière, et aussi sur le
« côté droit par une très-petite surface. Des ligatures
« de catgut, jetées sur deux pédicules, permettent
« d'en faire la section, et le corps thyroïde se trouve
« ainsi complètement détaché.

« L'opération entière avait duré une heure et
« demie environ ».

L'année d'après, en mai 1881, M. Tillaux, présenta à la Société de chirurgie (Observ. in Th. Bernard, Paris 1882, page 36) un homme d'une trentaine d'années, atteint d'une énorme tumeur thyroïdienne, avec battements en quelques points, et bruit de souffle. Les yeux saillants paraissaient sortis de l'orbite. Cet homme émacié, ne pouvait plus ni avaler, ni respirer, et réclamait une intervention.

Des collègues consultés furent d'avis qu'il s'agissait d'un goître exophtalmique. Les uns admirèrent l'opération, les autres la repoussèrent.

Il fut opéré et guérit de ses troubles nerveux. Dès le lendemain les yeux étaient rentrés dans l'orbite ; aussi « ses paupières lui paraissaient-elles trop
« larges. »

Les accidents étaient donc dus à la compression mécanique sur les vaisseaux et nerfs du cou ; mais plus tard le malade succomba, et on trouva un sarcome thyroïdien.

A côté de ces succès, nous en citerons un de Lister (Brit. méd. journal 1887, t. II p. 701).

Le procédé opératoire de la thyroïdectomie totale est trop connu pour que nous le décrivions. Nous renvoyons le lecteur à la thèse de M. Bénard Paris, 1882, page 122.

L'opération présente deux gros dangers, l'asphyxie, que l'on pourra éviter par une trachéotomie préventive, et l'hémorrhagie, pour laquelle il faudra faire une hémostase soignée.

Mais les dangers opératoires de la thyroïdectomie totale ne sont pas les seuls ; il y a aussi les accidents postopératoires dus à la suppression totale du corps thyroïde. Ces accidents de myxœdème ne se sont pourtant pas produits dans les cas de M. Tillaux, parce que, comme le suppose ce chirurgien, le corps thyroïde n'avait pas été enlevé en totalité. On sait, en effet, qu'il suffit souvent d'en laisser de petits fragments pour éviter les accidents.

Ces accidents de cachexie strumiprive sont survenus dans deux cas de Canter, où Stelzner fit la thyroïdectomie totale. Il y eut tétanie et imbécillité à la suite. Dans un autre cas, il y eut de la tétanie, et la maladie de Basedow ne fut pas améliorée.

Chez un malade de Moebius, qui était de plus ataxique, il survint du myxœdème et des troubles intellectuels, qui s'améliorèrent. Le malade garda de la lourdeur de l'intelligence.

A côté de ces succès de thyroïdectomie totale, nous rappellerons que Rosander (de Stokolm) a fait 32

thyroïdectomies totales sans accidents ultérieurs. Pour lui, la cachexie myxœdémateuse ne serait à craindre que si le goître est jeune ; s'il est ancien, le corps thyroïde serait suppléé par la rate. Elle serait moins fréquente aussi chez les sujets âgés.

D'ailleurs, Rosander propose l'énucléation sous-capsulaire, car, comme l'a montré Biondi, les amas cellulaires qui restent adhérents à la capsule sont des corps thyroïdes accessoires, susceptibles de remplacer la glande elle-même.

Nous voyons donc que la thyroïdectomie totale pourrait être faite avec certaines précautions. Néanmoins elle reste une opération grave, en raison des conséquences, qui sont moins à redouter dans les opérations que nous allons examiner maintenant.

2° EXOTHYROPEXIE

Sous le nom d'Exothyropexie (Bull. méd. 19 mars 1893 — Lyon méd. 12 mars 1893, 8 avril-1894 — Bulletin. ac. méd. 1894 — Bull. soc. chir. XX page 304) MM. Poncet et Jaboulay de Lyon, ont décrit une opération qui consiste à exposer et à fixer au dehors la tumeur thyroïdienne.

Elle repose sur ce fait, que sous l'action de l'air, les vaisseaux se rétractent, se fanent pour ainsi dire ; le corps thyroïde diminue, et quand il a repris ses dimensions normales, on ferme la plaie.

En même temps que le goître, les autres symptômes disparaissent.

Cette opération fut pratiquée pour la première fois, par M. Jaboulay, le 5 janvier 1893.

Les auteurs la décrivent de la façon suivante :

On fait sur la ligne médiane une incision de l'os hyoïde à la fourchette sus-sternale. On glisse les doigts sous les muscles pré-thyroïdiens pour mettre à nu la tumeur, qu'on amène au dehors, sans crainte d'hémorrhagie. On recherche alors le lobe le plus volumineux, et descendant le plus bas derrière le sternum. Il arrive, quelquefois, que ce n'est pas celui qui paraissait le plus gros avant l'incision de la peau. On luxe alors le lobe thyroïdien à travers la boutonnière cutanéomusculaire, ce qui s'accompagne

souvent de phénomènes asphyxiques légers, peut être dus aux tractions sur la trachée.

On capitonne le pourtour de la tumeur luxée avec de la gaze iodoformée pour empêcher sa rentrée. On ne fait pas de points de suture.

L'opération est suivie de soulagement rapide de la dyspnée. Il peut y avoir une élévation thermique (39°, 40°) et des phénomènes généraux dus à une résorption de toxines.

Le sixième jour déjà, la tumeur a diminué de volume. La cicatrisation est obtenue en trois ou quatre semaines.

Le premier opéré de M. Jaboulay, était un enfant de 15 ans, atteint de goître suffocant avec tachycardie. Le malade fut présenté guéri le 26 février 1893, à la société de médecine de Lyon. L'intelligence même s'était développée après l'opération.

Depuis, Jaboulay (Méd. Moderne, 3 mars 1894) a pratiqué des exothyropexies pour goîtres exophtalmiques. Dans un cas, il s'agissait d'une jeune fille de 19 ans, qui avait une maladie de Basedow typique.

Dans deux autres cas, la maladie était fruste, il n'y avait pas d'exophtalmie. Dans ces trois cas, la rétrocession des palpitations, de l'agitation, du tremblement, a coïncidé avec la rétrocession progressive du goître. Une fois celui-ci revenu aux dimensions ordinaires, et recouvert, la guérison des palpitations.

et du tremblement fut complète sur les deux dernières malades.

Pour celle qui avait un vrai goître exophtalmique, deux mois après l'exothyropéxie, une fois la plaie cicatrisée, il y eut récurrence du tremblement, de l'exophtalmie, et de la tachycardie, qui devinrent aussi intenses qu'avant l'opération. Le goître augmenta de volume, et l'on fit une seconde exothyropéxie. Le corps thyroïde était maintenu sous la peau par des adhérences, renfermant des veines néoformées.

La mise à l'air de la tumeur produisit les mêmes effets que la première fois.

Le troisième jour, le tremblement cessait brusquement, les palpitations diminuaient, l'exophtalmie rétrocedait surtout à droite. Il semble donc que c'est le tremblement qui disparaît le plus vite.

Il y eut la même excrétion thyroïdienne que la première fois. Maintenant, l'embonpoint est revenu, l'état général s'est complètement transformé.

Cette observation intéressante montre que les bénéfices tirés de l'exothyropéxie doivent être attribués à l'excrétion au dehors du poison thyroïdien et peut être aussi à la cessation de l'action compressive de la tumeur thyroïdienne sur les vaisseaux et les nerfs.

L'exothyropéxie semble donc une bonne opération, simple et bénigne. Mais les malades opérés

n'ont pas encore été suivis depuis assez longtemps ; les cas en sont encore trop peu nombreux, pour qu'on puisse en donner une appréciation solide.

3^o THYROÏDECTOMIE PARTIELLE

Si la thyroïdectomie totale offre de graves inconvénients, il n'en est pas de même de la thyroïdectomie partielle, dont la valeur curative nous semble réellement indiscutable.

Les cas n'en sont cependant pas encore très nombreux en France, mais elle nous semble la méthode de choix lorsqu'il y a, au lieu d'une hypertrophie totale de la glande, une tumeur localisée à l'un des lobes. Plusieurs cas en ont été rapportés à l'étranger.

C'est ainsi que Mæbius cite un fait de Rupprecht. Il s'agit d'une malade de 35 ans, qui depuis huit ans, avait des palpitations, de l'exophtalmie, des sueurs, des vomissements, de l'insomnie, des syncopes.

L'enlèvement de la partie gauche du corps thyroïde fut suivi de guérison, et le pouls tomba de 140 à 80.

Lembke (Deutsche méd. Woch. 1891, page 47), rapporte aussi deux cas de thyroïdectomie partielle.

Dans l'un, chez un peintre de 17 ans, on extirpa

le lobe gauche de la glande. L'exophtalmie disparut. Sept mois après, la santé était florissante, et il n'y avait plus de tachycardie. La moitié droite de la thyroïde s'était atrophiée.

Dans l'autre, on fit l'extirpation du lobe droit à un cordonnier âgé de 45 ans, Basédowien depuis longtemps. Deux jours après il n'y avait plus d'exophtalmie ; puis la tachycardie disparut, ainsi que la tuméfaction du lobe gauche.

Plus récemment (Deutsche méd. Woch. 1894) le même auteur a rapporté huit cas de goître exophtalmique traités par l'ablation ; il n'y a eu qu'un mort par influenza ; les autres cas ont guéri des troubles nerveux Basédowiens.

Si la littérature médicale étrangère renferme un certain nombre de faits de thyroïdectomie partielle pour goître exophtalmique, la littérature médicale française est très pauvre de faits analogues.

C'est ce qui donne encore plus d'intérêt à l'observation suivante que M. le Professeur agrégé Tuffier a eu l'extrême obligeance de nous communiquer :

Goître exophtalmique datant de sept ans.

Thyroïdectomie partielle. — Guérison (Dr Tuffier).

Joséphine F..., modiste, âgée de 26 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Huguier, pour un goître exophtalmique.

A 6 ans, la malade a eu la rougeole. De 6 à 12 ans elle avait toujours des maux de tête. A 12 ans 1/2 le 18 mars 1881, le goître apparut sur la partie droite du cou, et s'accompagna de fluxion indolore de la joue droite.

A 15 ans 1/2, à la fin de juin 1884, les règles viennent, mais très difficilement ; elles s'accompagnent de violents maux de dents, de frissons, et de beaucoup de gêne à la gorge.

Le mois suivant les règles reviennent sans douleur, puis elles s'arrêtent jusqu'au mois de juin 1885.

A partir de ce moment, elles viennent tous les mois, tantôt sans douleurs, tantôt avec des accès de suffocation, et des maux de tête violents.

Dans l'année 1886, la malade prend pour des douleurs rhumatoïdes généralisées, du salicylate de soude et des bains sulfureux.

Au commencement de l'année 1887, elle éprouve des maux de tête tous les jours, et des bourdonnements d'oreilles.

Au mois d'avril 1887, elle commence à être soumise à mon observation.

J'avais déjà soigné son père pour un goître parenchymateux, qu'il a encore.

Lorsque je vis la jeune malade, elle avait, outre les troubles menstruels, tous les signes d'un kyste du corps thyroïde avec exophtalmie. Ce signe occupait le lobe droit, à peu près au niveau de l'isthme, et

avait le volume d'une grosse noix. Son exophtalmie était très forte, et s'accompagnait de violente céphalalgie et de bourdonnements d'oreilles.

J'essayai d'abord pendant trois mois des injections interstitielles de teinture d'iode dans le lobe droit hypertrophié. Je lui en fis tous les quinze jours, et je lui fis prendre quelques gouttes de teinture d'iode dans du lait.

Je n'obtins aucun succès, si bien que le 17 septembre 1887, je pratiquai une ponction du kyste. Il sortit du liquide hématique, et je fis une injection iodée. Cette ponction fut suivie de soulagement, et on continua jusqu'en juin 1888, les injections iodées tous les quinze jours.

A la fin de juin 1888, après le déjeuner, elle se sentit un jour très énervée, et éprouva à la suite des étourdissements, de fortes palpitations, et des tremblements, qui revenaient tous les jours, et rendaient tout travail impossible.

En juillet 1888, la malade va consulter sur mes conseils, le professeur Charcot, qui porte le diagnostic de goître exophtalmique, et lui conseille de l'électrisation trois fois par semaine. Ce traitement fut régulièrement suivi pendant deux ans, du mois d'août 1888, au mois d'octobre 1891, tout en continuant de temps en temps les injections iodées.

Au mois d'avril 1890, la malade éprouva de vives douleurs dans tout le corps, des douleurs de tête très

fortes. Les règles étaient particulièrement douloureuses. Elle resta, à ce moment, alitée pendant huit jours.

A la fin de l'année 1891, la malade ne voyant pas d'amélioration par l'électrisation, si ce n'est une légère diminution des douleurs névralgiques, cessa le traitement électrique.

En novembre 1891, je lui fais une seconde ponction suivie d'injection iodée, et je reprends les injections iodées tous les mois.

En 1892, la malade se trouvant mieux, on cesse le traitement jusqu'en mai 1894. Alors elle revient à nous avec des accès de suffocation, des tremblements très forts, des sueurs profuses.

Le 17 juillet 1894, au moment de ses règles, elle a de nouveau des frissons, des douleurs de tête, un peu de mal de gorge et de l'anoréxie pendant deux jours. Elle est obligée de s'aliter, et se décide à entrer à l'hôpital.

Devant ces échecs successifs des moyens médicaux et palliatifs, surtout en présence des accidents de compression trachéale, je juge l'intervention nécessaire.

Le 31 juillet, avec l'aide de mes internes, MM. Claude et Charles Lévi, je pratique la thyroïdectomie partielle.

Incision latérale droite suivant la direction du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Hémostase par

pincement des veines préthyroïdiennes, isolement du lobe droit et de l'isthme de la glande.

Impossibilité d'isoler l'ancien kyste injecté autrefois à l'iode, ouverture de la poche remplie d'un peu de liquide noirâtre, mais surtout de tissus thyroïdiens végétants. On sent la trachée légèrement aplatie, mais ferme.

Ablation par morcellement du kyste, puis section de l'isthme et ablation par le même procédé de la moitié inférieure du lobe droit. Hémostase définitive au catgut. Réunion des différents plans, suture de la plaie sans drainage.

Aucune suite opératoire.

Huit jours après l'opération, la malade éprouvait encore beaucoup de tremblement, même dans la voix. Les accès de suffocation étaient encore intenses. Mais peu après les troubles nerveux se dissipèrent et aujourd'hui les tremblements ont cessé. Cette femme peut exercer sa profession de couturière. Les palpitations ont disparu, elle n'a plus de dyspnée.

L'exophtalmie n'existe plus. La cicatrice de la plaie opératoire est à peine visible, et l'absence de l'isthme du corps thyroïde, et de la plus grande partie de son lobe droit, ne s'accompagne d'aucune asymétrie du cou. On sent bien à gauche le lobe thyroïdien qui n'est pas hypertrophié depuis l'ablation de son congénère. Il n'y a aucun trouble de la santé générale rappelant le myxœdème.

Voilà l'état de cette malade neuf mois après l'opération.

Cette observation nous montre qu'une malade suivie pendant sept ans, et atteinte de goître exophthalmique avéré, n'a pu être améliorée par des traitements médicaux, ni par les ponctions et les injections iodées, ni par l'électrisation. Son état, au contraire, allait en empirant, rendant tout travail impossible. La thyroïdectomie partielle est pratiquée. L'amélioration se fait sentir dès les premiers jours qui suivent l'opération, et la disparition des troubles nerveux se maintient plusieurs mois après.

En présence de ces faits, nous ne croyons pas que l'on doive adopter les conclusions de Chrétien (*De la thyroïdectomie*. Thèse de Paris, 1888), ni celles de Audry (*Bull. méd.*, 1889, page 708).

Chrétien disait que l'abstention doit être la règle, toutes les fois « qu'un goîtreux est atteint « d'arythmie cardiaque, de tremblement et de cachexie.

« Une opération palliative pourra calmer les
« accidents de dyspnée ; mais le chirurgien ne
« saurait guérir une affection générale dont le goître
« n'est qu'une manifestation ».

Nous sommes plus disposés à dire avec Dreesmann (*Deutsche méd. Woch.*, 1892), et M. le professeur Marie (*Bull. soc. méd. Hôp.*, 23 fév. 1894), que dorénavant le traitement de la maladie de Basedow

doit passer des mains du médecin, dans celles du chirurgien.

« Tout ce que je peux dire, dit M. le professeur Marie, à la fin de son étude sur la nature de la « maladie de Basedow, c'est que j'ai déjà vu mourir « d'une mort misérable un certain nombre de cas de « goître exophtalmique, et qu'en présence d'une « maladie de ce genre, présentant des phénomènes « graves, je n'hésiterais plus à conseiller une opération chirurgicale, dont les résultats se sont « montrés favorables, dans plus de 80 pour 100 des « cas où elle a été faite ».

La statistique de Putnam montre, en effet, que sur 41 cas, il y a eu 34 guérisons, ou améliorations considérables ; 4 fois seulement les suites furent mortelles, 2 fois il y eut de la tétanie, 1 fois l'état du malade ne fut pas modifié, soit 7 insuccès sur 34 succès.

Stierlin, sur 29 cas, compte 22 guérisons, 2 améliorations, 1 mort, 1 résultat incertain, et dans 3 cas, l'état resta le même.

Et encore si l'on faisait seulement une statistique des thyroïdectomies partielles, les résultats seraient bien plus favorables. Certes, on a vu des accidents de myxœdème même après une thyroïdectomie partielle, mais ces faits sont bien rares, comparés à ce qui arrive après la thyroïdectomie totale.

La thyroïdectomie totale doit donc être rejetée.

comme la ligature des quatre artères thyroïdiennes, qui aboutit au même résultat. Par ce dernier moyen employé par Wölfler avec deux succès sur quatre, par Rydygier, Obalinsky, Mallakonsky, enfin par Lavisé de Bruxelles, il arrive que la guérison ne se maintient pas, et le malade peut succomber aux progrès de la maladie de Basedow, s'il échappe au myxædème.

Bien plus bénigne est la thyroïdectomie partielle, qui est vraiment l'opération de choix dans ces conditions, comme le disait Rehn au 65^e congrès des naturalistes allemands, à Nuremberg (septembre 1893).

Le manuel opératoire est, comme nous l'avons vu, assez simple et l'hémorragie en général peu redoutable.

Après l'incision des parties molles, l'isolement de la capsule, l'hémostase progressive, on arrive sur le lobe thyroïdien hypertrophié, quelquefois en partie kystique, qu'on enlève après section de l'isthme. Souvent, surtout si on a fait auparavant des injections iodées, il existe des adhérences qui obligent à enlever la tumeur par morcellement, et à vider le kyste de son contenu. On lie au catgut les vaisseaux qui donnent et on referme la plaie sans drainer.

La réunion se fait par première intention.

On verra, dans la plupart des cas, comme dans

le nôtre, les phénomènes nerveux s'amendent dès les premiers jours qui suivent l'opération. Peu à peu le tremblement, les accès de suffocation, les palpitations, l'exophtalmie disparaissent. La malade qui commençait à présenter les signes de la cachexie Basedowienne, revient à la santé.

C'est donc là, nous le répétons, une pratique presque moins dangereuse que les injections iodées, qui peuvent amener des troubles dus à l'atrophie fonctionnelle par sclérose de la glande thyroïde.

C'est en outre une thérapeutique plus réellement efficace, et dont l'avenir, nous le croyons, démontrera la réelle valeur. Ce n'est pas, d'ailleurs, une thérapeutique purement empirique. Elle répond bien aux idées pathogéniques, aujourd'hui les plus en faveur sur la maladie de Basedow. Elle lutte contre l'hyperthyroïdisation, que l'on tend à admettre aujourd'hui. Elle pourrait d'ailleurs être utile même s'il y avait hypothyroïdisation, en enlevant les parties malades, et rétablissant le fonctionnement des parties saines.

Nous ne conseillons donc pas de ne pas trop attendre, et de ne jamais s'attarder dans le goître exophtalmique au traitement médical ni aux injections iodées, et d'en venir sans hésitation, dans les cas de troubles nerveux rebelles, à la thyroïdectomie partielle, opération dont les malades retireront le plus souvent un grand bénéfice sans courir les dangers de la cachexie strumiprive.

VI. — Conclusions

1° Les symptômes du goître exophtalmique paraissent sous l'influence des lésions du corps thyroïde, et dûs soit, à la non destruction des substances toxiques, soit à la sécrétion de toxines, produites par le corps thyroïde altéré.

2° La théorie de l'hyperthyroïdisation est aujourd'hui la plus admise, et elle montre que la thyroïdectomie est vraiment une thérapeutique pathogénique.

3° La thyroïdectomie totale expose au myxœdème et doit être rejetée.

4° L'exothyropéxie peut rendre des services, surtout dans l'hypertrophie totale de tout le corps thyroïde, mais elle n'a pas encore fait suffisamment ses preuves.

5° La thyroïdectomie partielle nous semble la vraie thérapeutique. Elle n'expose pas au myxœdème, en n'enlevant que la partie malade de la glande ; elle est d'une pratique simple et exempte de dangers.

Elle amène une amélioration rapide et durable.

Elle doit être pratiquée d'assez bonne heure, avant les phénomènes ultimes d'hypothyroïdisation, de myxœdème.

Vu :

Le Président de la Thèse,
DEBOVE.

Vu : *Le Doyen,*
BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



VII. — Bibliographie

Voir bibliographie des :

Articles thyroïde, thyroïdectomie, des Dictionnaires Jac-
coud et Dechambre.

Etude sur les fonctions du corps thyroïde par Verstracken
et Vanderliden. — Mémoire de Bruxelles. 1894.

Aperçu général sur la physiologie du corps thyroïde. Ma-
soin.

Revue des questions scientifiques. Bruxelles. Avril 1894.

Marie. — Nature de la maladie de Basedow. Bull. soc.
méd. Hôpit. 23 février 1894.

Gauthier (de Charolles). — Goîtres exophtalmiques secon-
daires ou symptomotiques. Lyon méd. 1893.

Gauthier. — Cachexie thyroïdienne. Ibid. 27 mai 1888.

Canter. — Myxœdème et Goitre exophtalmique, Ann. soc.
méd. chir. Liège. Janvier 1894.

Lasvesnes. — Maladie de Basedow sur un goître ancien.
Thèse de Paris. 1891.

Bénard. — Pathogénie et traitement. Th. Paris 1882.

Boursier. — Intervention chirurgicale dans les tumeurs
du corps thyroïde. Th. agr. chir. 1880.

Brühl. — Faux goîtres exophtalmiques Gaz. Hôp. 25 juin
1891.

Leflaive. — Goître exophtalmique chirurgical. Bull. méd.
1892.

Audry. — Bull. méd. 1889 page 708. Traitement chirurgical.

Dreesmann. — Deutsche med. Woch., n° 5, 1892.

Stierlin. — Beiträge zur klin. Chir. V, 1889, 8 *ibid.*, XXIII, 1892.

Delermeyer. — Deutsche med. Woch. 1893, n° 41, p. 260.

Mabius. — Schmidts Jahrb, 1892.

Lemke. — Deutsche med. Woch, 1892-1894.

Rehn. — 65^e congrès naturaliste allemand. Nuremberg, sept. 1883.

Neumann. — In bulletin med. Janv. 1893.

Chrétien. — Thyroïdectomie. — Th. Paris, 1888.

Tillaux. — Acad. méd., 1880. Soc. chir. 1884.

Lister. — Brit. med. Jour. 1887, l. II, p. 70.

Putnam. — Brain 66, 8 *jour.* of. new. dis. juin 1894.

Solary. — Thèse Paris, 1894.

Chamberlain. — Thèse Paris, 1894.

Augier. — Thèse Lyon, 1892.

Joffroy. — Progrès méd. 1894.

Stéphani. — Th. Lyon, 1891.

Pour l'exothyropexie, voir :

Bulletin Ac. méd. 1894 et Bull. soc. chir. t. XX, p. 304.

Bulletin méd., 19 mars 1893.

Lyon méd., 12 mars 1893 et 8 avril 1894.

Méd. mod. 3 mars 1894.

Tuffier. — Soc. de chir. 1895.

— — Gaz. méd. de Paris, 1895.

